La Politique de la santé et du bien-être à mi-parcours :

Sommes-nous sur la bonne voie ?

Rapport abrégé

par

Jean Beaudry
Sylvie Cantin

Août 1999

106-0 5658 /

Auteurs
Jean Beaudry
Sylvie Cantin

Mise en page
Ginette Charbonneau

Conception et réalisation de la page couverture
Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Madame Ginette Charbonneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTÉCOM : http://www.santécom.qc.ca
Cote : O 13,741

Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
3e trimestre 1999
ISBN 2-89342-139-3

MOT DU DIRECTEUR

En 1992, le gouvernement québécois se dotait d'une Politique de la santé et du bien-être (PSBE) dans le but de réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent le plus la population. Les Régies régionales de la santé et des services sociaux ont été, et sont encore, au cœur de sa réalisation. L'actualité de la Politique se trouve de plus réaffirmée par la récente promulgation des Priorités nationales de santé publique.

Au delà de la mesure de l'atteinte des objectifs poursuivis, une équipe d'évaluation de la Direction de la santé publique de la Montérégie s'est questionnée, dans une perspective formative, sur la structure mise en place par notre organisation pour favoriser l'implantation de la Politique, sur le degré d'actualisation de certaines de ses voies d'action ainsi que sur la contribution de cette structure à l'actualisation de ces mêmes voies.

Forts d'une approche novatrice, les évaluateurs ont ainsi dressé le portrait, à mi-parcours, de l'application de la Politique en Montérégie. Ce faisant, ils font apparaître les domaines où des correctifs seraient les plus profitables et proposent certaines avenues dans lesquelles s'engager pour optimiser notre performance. Bref, cet ouvrage permet une incursion dans une dynamique où chacun est un acteur déterminant, et dont les enjeux sont invariables : la santé et le bien-être de la population.

Le directeur,

Luc Boileau, MD, FRCPC

Table des matières

Mot du directeur **3**

Introduction **6**

1. LA PROBLÉMATIQUE 7

2. LE CHOIX DE L'OBJET D'ÉVALUATION 8

3. LA DÉMARCHE ÉVALUATIVE 9

3.1 L'évaluation de la structure *9*
3.2 L'évaluation d'implantation *10*
3.3 L'évaluation de processus *10*

4. LA MÉTHODOLOGIE 11

4.1 L'unité d'observation *11*
4.2 Les milieux d'investigation *11*
4.3 La collecte de données *11*

5. LES PRINCIPAUX CONSTATS 13

5.1 L'évaluation de la structure *13*
5.2 L'évaluation de l'implantation des voies d'action *14*
5.3 L'évaluation du processus *16*

6. QUELQUES CORRECTIFS 18

6.1 Les mécanismes de concertation *18*
6.2 Les outils de planification *18*
6.3 Les échanges et les communications *19*
6.4 L'approche locale *19*

7. QUELQUES PISTES POUR L'AVENIR 20

7.1 La reconnaissance des organismes communautaires *20*
7.2 Les attentes des partenaires *21*
7.3 L'évaluation *21*

8. LE MOT DE LA FIN 22

RÉFÉRENCES 23

Introduction

Le présent document se veut un condensé du document *La Politique de la santé et du bien-être à mi-parcours: Sommes-nous sur la bonne voie ? Rapport d'évaluation de l'application de la politique en Montérégie.*

Ce rapport abrégé s'adresse en priorité aux personnes essentiellement intéressées à prendre connaissance de l'approche novatrice que nous avons développée aux fins de l'évaluation de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) ainsi que des principaux résultats auxquels elle a menés. Par ailleurs, les utilisateurs potentiels de ces résultats devraient préférablement consulter le rapport d'évaluation intégral afin d'avoir une lecture plus nuancée de la situation et ainsi être en mesure de prendre des décisions mieux éclairées.

Le lecteur trouvera en première partie les grandes lignes de la problématique à l'étude, de l'approche évaluative retenue et de la méthodologie employée, tant pour le choix des objets d'évaluation, de l'unité d'observation et des milieux d'investigation que pour la collecte des informations.

La seconde partie fait quant à elle état des résultats les plus probants. Aussi, elle examine brièvement les ajustements apportés à ce jour par la Régie régionale et indique quelques pistes pour l'avenir.

1. La problématique

La *Politique de la santé et du bien-être* constitue un véritable guide quant aux voies à privilégier dans la lutte aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux qui affectent le plus la population. Ses lignes directrices interpellent les acteurs du domaine de la santé et ouvrent de nouvelles perspectives à la contribution des acteurs des autres secteurs de la vie collective. La publication, en 1997, des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* vient en réitérer l'actualité car celles-ci s'inscrivent dans la perspective des objectifs de la PSBE et visent à contribuer à leur atteinte.

Le 30 mars 1995, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie adoptait un *Cadre de référence pour la distribution de nouvelles ressources financières destinées aux priorités régionales découlant de la Politique de la santé et du bien-être*. Dans ce cadre de référence figuraient le mandat d'évaluation ainsi qu'une proposition d'allocation pour sa réalisation.

Quelques années après le dévoilement de la PSBE, la préoccupation à l'endroit des éventuels résultats de la politique était donc déjà palpable. Quel chemin avait été parcouru ? Quels étaient les ajustements à faire? Ce sont les premières questions vers lesquelles nous avons entrepris d'orienter les efforts d'évaluation.

2. Le choix de l'objet d'évaluation

La politique mise sur la mobilisation des acteurs et sur les répercussions des actions en promotion/prévention pour atteindre son but ultime : améliorer la santé et le bien-être de la population dans une perspective d'investissement pour la société.

Dans cet esprit, outre les 19 objectifs et les six stratégies pour les atteindre, la politique insiste particulièrement sur quelques voies d'action indispensables à l'atteinte des objectifs qu'elle s'est fixés. Il s'agit de :

1) l'accentuation des activités de promotion/prévention ;
2) la concertation et le partenariat intra et intersectoriel entre les organisations.

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* viennent de plus renforcer l'accent mis sur ces voies d'action. Ceci s'exprime d'une part par les buts poursuivis et d'autre part par les principes directeurs adoptés.

La mise en place ou le renforcement de ces éléments fondamentaux est sans contredit intimement associé à une performance optimale visée dans l'application de la PSBE. Ces voies d'action se présentent donc comme des variables intermédiaires devant absolument s'actualiser pour permettre l'atteinte des objectifs de la politique. En d'autres mots, si ces variables ne sont pas suffisamment présentes, il serait à toutes fins pratiques inutile de s'attendre à l'atteinte des objectifs de la politique.

La mesure de ces résultats intermédiaires étant apte à rendre compte de la justesse de la démarche d'implantation de la politique, ces voies d'action s'imposent comme objets centraux de l'évaluation.

3. La démarche évaluative

Le domaine de l'évaluation recèle une diversité d'approches. Par contre, lorsque la démarche s'insère en cours d'action et qu'il s'agit d'un programme ou d'une politique non éprouvée, comme c'est le cas pour la PSBE, quatre types d'évaluation sont particulièrement indiqués: 1) l'évaluation d'implantation, 2) de structure, 3) de processus, et 4) de fonctionnement. Nous avons retenu les trois premiers et avons intégré l'évaluation de fonctionnement à l'évaluation de processus étant donné la grande parenté qui existe, tant dans les écrits que dans les faits, entre ces deux types d'évaluation.

TABLEAU I

PRINCIPALES COMPOSANTES DU MODÈLE D'ÉVALUATION RETENU

TYPES D'ÉVALUATION	OBJETS	INTRANTS	FINALITÉS
Structure	Voies d'action PSBE [1]	Ressources [2]	Appréciation de la contribution théorique
Implantation	Voies d'action PSBE	Activités de promotion/ prévention et/ou menées en partenariat ou en concertation	Appréciation de l'actualisation des voies d'action
Processus	Voies d'action PSBE	Ressources	Appréciation de la contribution réelle

3.1 L'ÉVALUATION DE LA STRUCTURE

L'évaluation de la structure réfère à l'appréciation de la quantité, de la qualité et de l'organisation des ressources consacrées à un programme (Thomas, 1995). Dans le cas qui nous occupe, les ressources qui sont consacrées à l'application des voies d'action proposées par la PSBE sont de deux ordres. On retrouve d'une part les outils et de l'autre, les mécanismes. Les premiers renvoient aux documents de planification qui informent nos partenaires des grandes orientations que privilégie la Régie régionale et de ses préceptes en matière de planification et d'organisation des services. Les seconds font référence aux moyens dont s'est dotée la Régie régionale, ou qui gravitent autour d'elle, afin de faciliter l'appropriation de ces documents par le milieu. Il s'agit soit de mécanismes de concertation, ou encore, d'acteurs majeurs comme les conseillers sous-régionaux.

[1] Promotion/Prévention et Partenariat/Concertation intra et intersectoriels.
[2] Outils de planification et mécanismes de participation.

L'évaluation de ces deux types de ressources s'est faite séparément. En ce qui a trait aux outils, l'évaluation de la structure s'est attardée à en décrire les caractéristiques et l'agencement ainsi que l'adhésion aux voies d'action mises de l'avant par la politique.

Du côté des mécanismes, l'évaluation en a décrit les principales caractéristiques, la composition, l'organisation administrative entre les instances et à l'intérieur des instances.

3.2 L'évaluation d'implantation

L'évaluation d'implantation, telle qu'envisagée ici, consiste à dresser un portrait évolutif de l'état d'implantation des voies d'action. Cette description a permis de jauger dans quelle mesure les organisations empruntent les voies indiquées par la PSBE dans la poursuite de leurs objectifs. La démarche évaluative s'inscrivant dans une finalité formative, nous avons également cherché à recueillir des informations qui permettraient d'identifier les correctifs à apporter dans l'éventualité où l'actualisation des voies d'actions nécessiterait un quelconque redressement. Pour ce faire, nous avons complété l'état de la situation par un examen des caractéristiques associées à chacune des voies d'action ainsi que par une documentation des conditions qui ont favorisé ou non leur actualisation.

3.3 L'évaluation de processus

L'évaluation de processus sert quant à elle à nuancer les informations issues de l'évaluation d'implantation et à interpréter avec plus de justesse les résultats produits par une intervention. Le principal intérêt qu'elle présente se situe dans les liens explicatifs et dynamiques qu'elle permet de tisser entre les différents constats issus de l'évaluation.

Appliqué à la PSBE, ce type d'évaluation s'attarde lui aussi aux outils et mécanismes mis à contribution dans l'application de la politique et ce, dans le but d'estimer leur contribution réelle à l'actualisation des voies d'action qu'elle met de l'avant. Pour ce faire, l'évaluation de processus s'est attardée à trois volets distincts des ressources déployées par la Régie régionale: 1) leur degré de notoriété et d'utilisation, 2) le niveau d'adéquation des outils et des mécanismes étant donné les contraintes imposées aux divers acteurs du réseau et enfin, 3) l'apport de ces ressources dans l'actualisation des voies d'action retenues.

4. La méthodologie

4.1 L'unité d'observation

Étant donné les efforts consacrés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Régie régionale et ses partenaires à organiser le travail et les données selon une approche par programme clientèle, nous avons retenu ce dernier pour unité d'observation. Cependant, tous les programmes clientèle n'ont pu être inclus dans l'étude, notamment en raison du modèle d'évaluation retenu et des ressources disponibles pour l'appliquer.

Nous avons donc retenu deux programmes dont les contenus ne se chevauchent que très peu. Cette distinction entre les deux programmes touchés par l'évaluation est avantageuse du point de vue méthodologique puisqu'elle améliore la validité externe de l'étude en augmentant le potentiel de généralisation des résultats de l'évaluation.

4.2 Les milieux d'investigation

Étant donné l'impossibilité, par manque de ressources, de couvrir l'ensemble des sous-régions qui composent le territoire montérégien, nous avons dû effectuer une sélection parmi celles-ci. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés des travaux de Pampalon et al. (1995). Ces auteurs proposent quatre types de zones pour décrire le degré d'urbanisation d'un territoire donné. Trois de ceux-ci s'appliquent à la Montérégie, soit les types métropolitain, agglomérations et villes, et rural.

Comme le territoire de chacune des sous-régions comporte plus d'un type de zones, nous avons identifié, pour chaque type, la sous-région dont la proportion des ménages est la plus élevée, et l'avons retenue. Il en résulte donc la sélection de trois sous-régions qui se veulent représentatives du territoire montérégien.

4.3 La collecte de données

L'évaluation de la structure étant de nature théorique, les documents de planification et les mécanismes de concertation ont essentiellement fait l'objet d'analyses de contenu.

L'évaluation d'implantation a quant à elle été réalisée par l'intermédiaire d'une enquête postale. Cette dernière s'est déroulée durant l'hiver 1998. Les personnes sollicitées étaient au nombre de 271. Parmi elles, 26 % étaient rattachées à des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, 55 % étaient rattachées à des organismes communautaires ou bénévoles et 19 % relevaient de l'intersectoriel. Enfin, la grande majorité, soit 69 %, occupaient un poste de cadre supérieur ou intermédiaire au sein de leur organisation. Après avoir effectué un rappel et deux relances, nous avons atteint un taux global de participation de 73 % (n = 198).

L'évaluation du processus a recouru à des entretiens semi-dirigés auprès d'informateurs clés. Ces derniers devaient déjà avoir participé à l'enquête postale. Toutefois, il nous a fallu solliciter un informateur extérieur (n'ayant pas participé à l'enquête) afin de maintenir la proportion entre les organismes communautaires et les établissements. Par ailleurs, nous avons opté pour ne pas retenir d'informateur hors réseau étant donné leur méconnaissance présumée des outils et mécanismes à l'étude.

Les informateurs ayant participé aux entretiens sont au nombre de vingt. Ils ont été choisis pour leur implication dans leur milieu et pour leur connaissance de celui-ci.

5. Les principaux constats

5.1 L'ÉVALUATION DE LA STRUCTURE

Les outils de planification

Dans l'ensemble, les documents de planification qui furent élaborés dans la lignée de la *Politique de la santé et du bien-être* sont conséquents avec elle. Ainsi, du point de vue de la planification, ils se situent tous, pour reprendre les expressions de Pineault et Daveluy (1995), à des niveaux inférieurs à celui où se trouve la politique (stratégique).

Par contre, une des caractéristiques de la planification, c'est l'action (Pineault et Daveluy, 1995). Tout plan devrait donc déboucher sur une programmation opérationnelle. Or, l'évaluation de la structure aura permis de constater que la plupart des outils analysés ont du mal à se distancier du niveau stratégique de planification. Pourtant, celui-ci devrait dans certains cas clairement relever d'instances supérieures à la Régie régionale.

Sachant que l'absence ou la déficience d'un des niveaux (stratégique, tactique, opérationnel) affaiblit tout le système de planification, et que l'efficacité de la démarche de planification est influencée de façon négative à la fois par l'absence de stades cruciaux et par une trop grande importance accordée à certains autres au détriment des stades subséquents (Nutt, 1984), il y a lieu de s'inquiéter en présence d'outils dont le degré de précision ou de priorisation sont insuffisants compte tenu du rôle qu'on prétend leur faire jouer ou auquel on s'attend d'eux.

En ce qui a trait à la valorisation des voies d'action proposées par la PSBE, tous les outils de planification analysés font une place importante à la promotion/prévention, en ce sens qu'ils contiennent de très nombreuses mentions. Cependant, une analyse plus fine a permis de constater que cette importance est quelquefois plus apparente qu'effective.

C'est surtout au *Programme régional de santé publique* qu'incombe le rôle de faire progresser la promotion/prévention. Or, l'absence de priorisation parmi ses trop nombreuses cibles représente un obstacle majeur puisqu'il devient alors impossible de canaliser l'action. Il en résulte alors une espèce d'immobilisation contre laquelle seul l'établissement de priorités assorties de plans d'action opérationnels peut avoir un effet.

Du côté de la concertation et du partenariat, ils sont traduits dans l'ensemble des outils comme des moyens. Mais les documents sont généralement peu loquaces quant aux façons de faire pour assurer leur mise en œuvre. Par ailleurs, si la pratique du partenariat et de la concertation constitue, comme le veut la PSBE, des préalables indispensables à l'atteinte des objectifs, il apparaît nécessaire que les planificateurs et intervenants s'entendent sur le sens à donner à ces termes afin qu'ils puissent travailler à leur opérationalisation de façon organisée. En l'absence d'une terminologie claire et de moyens d'opérationalisation explicites dans les outils, les concepts de concertation et de partenariat que l'on cherche à mettre de l'avant demeurent dans une certaine mesure superficiels, bien qu'ils peuvent servir de leitmotiv pour stimuler les troupes.

Les mécanismes de concertation

Du point de vue théorique, les mécanismes de concertation étudiés respectent en grande partie les voies d'action mises de l'avant par la PSBE, notamment en matière de mandat et de composition. Les questions de partenariat/concertation sont véritablement à l'avant-scène, mais aucune définition de ces voies d'action n'est offerte, tout comme dans les outils de planification. En outre, on ne trouve ni modèle de concertation, ni proposition de façon de faire pour assurer le développement du partenariat, quelle que soit la forme qu'il prenne. Par conséquent, le passage de la théorie à la pratique risque de rencontrer des embûches importantes.

D'autre part, on relève peu de choses au sein des divers documents existants qui puisse nous renseigner sur le partage des responsabilités entre les différentes instances. Ce dernier point est à notre avis majeur puisqu'il constitue une menace au bon fonctionnement des structures. En effet, des situations d'ingérence, d'obstruction ou de négligence, pour n'en nommer que quelques-unes, peuvent en découler et exiger des membres de ces structures de grandes dépenses d'énergie pour y faire face. Cela va sans compter la consommation de temps, la non-productivité et l'érosion de la motivation qui accompagnent presque toujours les situations de ce genre.

Bref, on constate que l'encadrement en matière de partenariat a été peu explicité à travers la description des différents mécanismes de concertation. Si on ajoute à cela les inquiétudes relatives au partage des responsabilités, on peut s'attendre à ce que d'importants obstacles surgissent au moment de la mise en œuvre de ces mécanismes.

5.2 L'évaluation de l'implantation des voies d'action

La promotion/prévention

En ce qui a trait à l'évolution des activités de promotion/prévention, c'est plus de la moitié des répondants qui nous informe d'un accroissement au cours des dernières années. Toutefois, la tendance rapportée est nettement plus prononcée chez les acteurs du secteur communautaire et bénévole que chez ceux de la santé et des services sociaux.

Également, il ne faut pas perdre de vue que chez une proportion non négligeable d'acteurs, tant du réseau de la santé que hors réseau, la situation est stagnante depuis cinq ans, voire en régression. Qui plus est, le pronostic de ces répondants pour les années à venir est encore moins emballant. Dans l'un et l'autre cas, cette situation s'explique en bonne partie par les restrictions budgétaires effectuées au cours des dernières années et qui ont affecté l'ensemble de nos partenaires du réseau, incluant, dans le cas de la Montérégie, les CLSC. Lorsqu'il y a de l'argent à récupérer, il semble donc que ce soit le secteur de la promotion/prévention qui défraie une partie de la note. Il est donc à prévoir que si de l'argent neuf n'accompagne pas les interventions de promotion/prévention que l'on désire mettre de l'avant, ces dernières seront très difficilement réalisables.

Mais l'argent neuf ne constitue pas en soi une garantie universelle puisque l'importante augmentation des investissements monétaires des dernières années en promotion/prévention a tout de même conduit à une érosion de ce secteur. C'est donc dire que des investissements destinés à des activités de promotion/prévention auront servi à d'autres fins que celles auxquelles ils étaient destinés.

Par ailleurs, ce n'est pas tout de mener des activités de promotion/prévention, encore faut-il qu'elles soient bien menées. À cet égard, les résultats mettent en lumière une tendance positive puisque la majorité des répondants soulignent qu'en termes de qualité, il y a eu amélioration marquée au cours des dernières années. Cependant, une augmentation de la qualité ne signifie pas nécessairement que le niveau atteint est satisfaisant. À preuve, une majorité de répondants précise que la qualité de leurs interventions aurait besoin d'être rehaussée davantage au cours des prochaines années.

A cet égard, un examen des caractéristiques associées à une action efficace en promotion/ prévention révèle qu'il existe deux aspects qui auraient avantage à être pris en compte de façon plus étroite. Il s'agit des fondements scientifiques des interventions choisies ainsi que de l'évaluation de ces dernières une fois implantées. On relève deux autres aspects qui sont peu considérés et ce, par plus de 40 % des répondants. Il s'agit de l'efficacité démontrée de l'intervention choisie et de sa pertinence compte tenu de la prévalence du problème. Tout bien considéré, on semble se préoccuper avant tout de la pénétration de l'intervention dans le milieu (accessibilité, souplesse, intensité..) mais par contre négliger quelque peu la démonstration théorique, voire empirique, de son efficacité.

Le partenariat

D'après plus d'une centaine d'acteurs, le pronostic en matière de partenariat est généralement encourageant. Quand on examine l'état actuel du partenariat ainsi que son évolution au cours des cinq dernières années, force est de constater qu'il semble assez bien se porter. Cette constatation vaut surtout pour les organismes communautaires mais s'applique également, quoiqu'à un degré moindre, aux établissements du réseau. Par contre, nos partenaires hors réseau font quelque peu bande à part, le partenariat faisant beaucoup moins partie de leurs pratiques.

Quand on se tourne vers l'avenir, il y a des raisons d'être optimiste puisque la majorité des répondants prévoient une augmentation des activités de partenariat. Encore une fois, ce sont les acteurs hors réseau qui se montrent plus hésitants à cet égard. Tout compte fait, un travail important reste encore à faire avec ces derniers si l'on souhaite les amener à travailler davantage en partenariat avec les acteurs du réseau de la santé et du milieu communautaire.

Maintenant, lorsque l'on examine les motifs sur lesquels se fonde cette intensification du partenariat, rapportée et anticipée, il est encourageant de constater qu'en ce qui concerne les acteurs en promotion/prévention, on réfère beaucoup à la reconnaissance des organisations et des compétences ainsi qu'au climat propice à ce type d'action. En somme, les incitations au partenariat semblent ici trouver leur source dans des attitudes positives d'ouverture, tant à l'égard du partenariat comme tel, qu'à l'égard des partenaires potentiels. On peut donc entrevoir que le partenariat n'est pas qu'une activité à la mode répondant à des impératifs à court terme, mais qu'il semble engagé sur une voie qui l'amènera à se développer davantage au cours des prochaines

années. Comme l'affirmait un intervenant : « *... Il y a une réflexion puis une effervescence actuellement, une réflexion dans notre réseau qui est : On ne peut plus faire seuls* » (sic).

La concertation

En ce qui concerne la concertation, les résultats indiquent qu'elle est plus difficile à réaliser surtout lorsqu'elle est imposée de l'extérieur. C'est d'ailleurs le cas des Tables de coordination sous-régionale. La concertation constitue une entreprise de longue haleine qui nécessite la mise en place d'un nombre important de conditions de réussite. Par contre, lorsqu'elle origine du milieu, comme c'est le cas pour certains comités ou groupes de travail, la concertation semble mieux se porter. Ainsi, un informateur clé issu du réseau de la santé et des services sociaux discourant sur les exemples d'efforts réussis de concertation mentionne « *... Il y a plusieurs exemples comme ça que l'on pourrait donner, mais ça ne se fait pas nécessairement via une structure officielle de concertation, c'est beaucoup plus cette espèce de synergie, là, que l'on a favorisée* ».

Parmi les caractéristiques qui permettent une distinction entre les comités ou groupes de travail issus du milieu et les tables sous-régionales introduites par la Régie régionale, signalons entre autres que les premiers se composent en bonne partie d'intervenants et non uniquement de cadres, qu'ils réunissent les participants autour d'une unique clientèle ou problématique et que souvent ils ont été mis en place dans le but de combler un besoin commun.

Finalement, l'évaluation d'implantation aura permis de constater qu'à ce jour, la Régie régionale ne semble pas avoir influencé de façon significative l'implantation des voies d'action sur le territoire. En effet, ni les outils qu'elle a mis de l'avant ni les mécanismes qu'elle a développés pour faciliter leur appropriation ne sont spontanément identifiés par les répondants comme étant des facilitants à leurs efforts dans les secteurs de la promotion/prévention et du partenariat. La seule véritable influence exercée par la Régie se serait opérée à travers les subventions accordées par la Direction de santé publique pour la réalisation de certaines activités de promotion/ prévention.

5.3 L'ÉVALUATION DU PROCESSUS

L'évaluation du processus visait, entre autres choses, à documenter la contribution de la RRSSSM en matière de promotion/prévention et de partenariat/concertation. Elle aura permis de mieux comprendre pourquoi il existe une difficulté à transcrire les visées de la Régie régionale en actions concrètes. Ainsi, une partie de la réponse renvoie à des conditions exogènes à la Régie régionale sur lesquelles cette dernière n'a pas de véritable emprise. On parle ici notamment de restrictions budgétaires, de manque de ressources, de choc de cultures.

Par contre, ces facteurs exogènes ne peuvent seuls être tenus responsables de la faible contribution de la Régie régionale à l'implantation des voies d'action de la PSBE. En effet, l'évaluation du processus a mis en évidence que la notoriété et l'utilisation tant des outils de planification développés à la Régie régionale que des mécanismes de concertation sont insuffisantes. La faible utilisation serait attribuable au fait que les outils de planification correspondent très imparfaitement à la réalité des acteurs sur le terrain, soit par leur contenu peu réaliste, leur formulation peu opérationnelle ou leur présentation volumineuse.

Certains constats issus de l'évaluation du processus confirment que tous les efforts de la Régie régionale n'ont cependant pas été vains et qu'un engagement plus ferme de sa part serait même bienvenu. En effet, nos partenaires disent apprécier l'aspect informationnel des outils de planification et la gouverne qu'ils fournissent. Qui plus est, au chapitre des attentes exprimées par les informateurs clés, figurent plusieurs mentions faisant état du rôle de chef de file attendu de la Régie régionale. Bref, loin de souhaiter que la Régie régionale se tienne sur les « lignes de côtés », on souhaite et on s'attend à ce que celle-ci soit proactive auprès de ses partenaires.

Enfin, l'évaluation du processus aura également permis de mettre en lumière deux principales doléances de nos partenaires à l'égard de la Régie régionale. La première renvoie aux délais souvent irréalistes que celle-ci leur impose, que ce soit en matière de consultation, d'allocations ou encore d'organisation. À titre d'exemple, cet informateur s'exprimant au sujet des consultations : « *Généralement, ça a toujours été assez coinçant au niveau des délais* ».

Le second aspect qui retient l'attention s'intéresse à la non-convivialité de la structure organisationnelle. En effet, certains informateurs relèvent un défaut de liaison entre la Direction de la santé publique et le reste de la Régie régionale alors que d'autres mentionnent les problèmes éprouvés à « s'y retrouver », parce la Régie régionale est complexe et qu'ils ne savent pas qui y fait quoi, ni à qui s'adresser en cas de besoin. Parlant de son organisme communautaire, un informateur a fait cette affirmation : « *Même nous qui travaillons en partenariat avec la Régie régionale sur deux gros projets, on y perd un peu notre latin dès qu'on sort de ces projets-là parce qu'on ne sait pas trop qui fait quoi là-dedans* ».

6. Quelques correctifs

Il ne faut pas perdre de vue que la démarche d'évaluation s'est déroulée dans une organisation en mouvance, la Régie régionale, au sein de laquelle plusieurs des objets soumis à l'analyse subissaient des transformations au moment même de leur examen. Bon nombre de ces changements dans la façon de faire ont des répercussions sur l'actualisation des voies d'action. Attardons-nous à certains d'entre eux.

6.1 LES MÉCANISMES DE CONCERTATION

Aujourd'hui, à l'été 1999, c'est une toute nouvelle conception qui prévaut en matière de mécanismes de concertation. En fait, les Tables de coordination sous-régionale, les comités programme clientèle, les conseillers à la coordination et les responsables fonctionnels des programmes clientèle sont maintenant chose révolue.

La Régie régionale n'a pas pour autant abandonné l'idée d'amener ses partenaires à se concerter. Par conséquent, dans son *Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002*, la Régie régionale propose un modèle de structures de concertation qui devrait lui permettre de réaliser ses fonctions stratégiques tout en offrant une réponse adaptée aux attentes exprimées par les principaux acteurs de la région.

Dans l'attente de l'implantation de ce modèle, des efforts de concertation sont actuellement menés par la DSPPÉ. En effet, celle-ci participe activement à la mise sur pied de comités locaux de concertation intersectorielle à l'intention de la clientèle des jeunes. Soulignons également que la Direction de la coordination des services à la clientèle (DCSC) n'est pas en reste puisqu'elle travaille activement avec ces comités en matière de services de première ligne. Aux dires des informateurs clés, on fonde de grands espoirs sur cette approche locale, car elle a le mérite d'être plus près des préoccupations des milieux desservis, de faire appel à une démarche véritablement multisectorielle et de se centrer sur un groupe d'âge circonscrit.

Mais pour que la concertation tant souhaitée se concrétise et vive en santé, il faudra assurément qu'elle fasse l'objet de suivis réguliers et que des mesures correctives soient promptement appliquées en cas de besoin.

6.2 LES OUTILS DE PLANIFICATION

En ce qui concerne la production d'outils de planification, on est à même de constater que le rythme a beaucoup diminué au cours des dernières années. Alors qu'entre 1990 et 1996, onze documents majeurs d'orientation ont vu le jour, on n'en compte qu'un seul depuis 1996, soit le *Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002*. Par ailleurs, on remarque que la Régie régionale s'attarde davantage à opérationaliser ses orientations qu'elle ne le faisait auparavant. Deux exemples nous viennent ici à l'esprit. Premièrement, le *Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux de la Montérégie* (1997) qui propose l'émergence d'orientations opérationnelles

devant contribuer à l'effort collectif d'équilibre des finances publiques du Québec et qui s'inscrit en continuité avec le *Plan stratégique 1995-1998 « Vers un virage santé et bien-être »*. En second lieu, on pense au *Programme de promotion/prévention auprès des jeunes de 5-17 ans et de leur famille — À toute jeunesse (1998)*, qui veut apporter un meilleur encadrement aux activités ainsi que guider les intervenants locaux dans la définition de leur plan d'action local en matière de santé publique auprès de cette clientèle. Ce plan constitue évidemment un prolongement du *Programme régional de santé publique*.

Ces deux tendances : diminution du rythme de production et souci d'opérationalisation, répondent ainsi à certaines des préoccupations sur lesquelles nos critiques s'étaient attardées dans le cadre de l'évaluation de la structure et dont nous avaient fait part des informateurs clés lors de l'évaluation de processus. Il s'agit donc là, croyons-nous, d'améliorations substantielles. Il ne reste plus qu'à espérer que les productions à venir emboîteront le pas.

6.3 LES ÉCHANGES ET LES COMMUNICATIONS

Parmi les autres améliorations apportées par la Régie régionale depuis le début des travaux d'évaluation de la PSBE, on ne peut passer sous silence celles visant à rendre les échanges avec nos partenaires plus aisés et conviviaux. Pensons, entre autres, à la restructuration de la DCSC qui devrait permettre de répondre aux besoins et attentes du réseau en matière de coordination et de support dans le cadre de l'opération de consolidation qui s'amorce. Cette réorganisation a donné naissance à quatre secteurs de coordination dont un se consacre aux services locaux communautaires. De même, au sein de la DSPPÉ, on retrouve désormais des conseillers de santé publique qui œuvrent directement auprès de nos partenaires et qui constituent pour eux une voix d'accès directe à notre organisation.

Par ailleurs, la direction des Communications et secrétariat général dispose depuis quelques années d'une enveloppe annuelle de 500 000 $ devant servir à informer ses partenaires, le réseau ainsi que la population. Ce montant sert entre autres à transmettre à la population des résultats de sondages ou encore à supporter la diffusion des documents et outils de planification élaborés par la Régie régionale. Par ailleurs, la DSPPÉ publie, sur une base trimestrielle, un bulletin *À toute jeunesse* qui informe ses divers partenaires des derniers développements relativement à la programmation jeunesse. Enfin, se tournant vers l'avenir, le *Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux de la Montérégie 1999-2002* de la Régie régionale de même que le plan d'action qui en découle réitèrent l'importance d'entretenir un réseau de communication de qualité.

6.4 L'APPROCHE LOCALE

La récente révision du découpage territorial réserve une plus grande marge de manœuvre aux dispensateurs de services dans la manière de rencontrer les attentes formulées par les instances régionales et nationale. Ceci inclut bien entendu le domaine de la promotion/prévention. Cette approche, qui valorise le territoire local comme lieu privilégié de la concertation et de l'action, répond aux souhaits de la majorité de nos partenaires tel qu'en attestent le rapport de Vermette (1998) et notre propre évaluation de processus. Les retombées de l'instauration d'une telle approche devraient se faire sentir aussi bien sur l'état de la concertation et du partenariat que sur le degré d'opérationalisation des plans d'action qui seront développés sur une base locale.

7. Quelques pistes pour l'avenir

Au delà des constats dégagés jusqu'à maintenant, nous avons observé, au fil du dépouillement des informations obtenues de nos informateurs clés, que trois thèmes ressortaient avec plus d'acuité. Il nous a semblé qu'il s'agissait là d'aspects auxquels la Régie régionale devrait porter une attention particulière au cours des prochaines années si elle souhaite jouer un rôle de premier plan dans l'actualisation optimale de la PSBE. Ces thèmes sont les suivants : la reconnaissance des organismes communautaires, les attentes des partenaires à l'égard de la Régie régionale et enfin, l'évaluation des programmes et services. Ces thèmes ne sont pour la plupart pas inconnus de la Régie régionale puisqu'ils ont déjà été mentionnés dans le cadre de rencontres de consultation qui ont eu lieu en octobre 1996 et qui portaient sur les perceptions des partenaires à l'endroit de la Régie régionale. Examinons donc ces thèmes un à la fois.

7.1 LA RECONNAISSANCE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Plusieurs informateurs en provenance du milieu communautaire ont formulé des doléances relativement au peu de reconnaissance que le réseau de la santé leur accorde. Ce défaut de reconnaissance a des conséquences qui vont de la simple confrontation des cultures à une mise à l'écart systématique des organismes communautaires lors de la prise de décisions qui concernent des actions menées, soi-disant, en concertation.

On constate par ailleurs qu'au cours des dernières années, des efforts importants ont été consentis par la DSPPÉ pour se rapprocher des CLSC et être davantage à l'écoute de leurs besoins : ressources monétaires pour la mise sur pied de comités de concertation intersectorielle dans le secteur jeunesse, tournée de l'adjoint au directeur de la DSPPÉ durant l'hiver 1998-1999, journée de rencontre et d'échange DSPPÉ-CLSC en juin 1999.

Bien que les efforts de rapprochement avec les organismes communautaires ne soient pas aussi intensifs, la Régie régionale a tout de même fait certains pas en ce sens. On n'a qu'à penser à la tournée effectuée au printemps et à l'automne 1998 par le directeur général de la Régie régionale auprès des établissements et des organismes communautaires afin de s'approprier la problématique de santé et de services sociaux de la Montérégie. Aussi, il y a eu, en 1999, l'adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale d'un cadre de référence régissant les relations entre elle et les organismes communautaires et bénévoles.

Il apparaît primordial de maintenir ce cap dans l'optique d'un réel partenariat et d'une concertation plus réussie avec nos partenaires du milieu communautaire et bénévole. Il est aussi à espérer que les tables locales de concertation intersectorielle engendreront une plus grande reconnaissance de ceux-ci.

7.2 LES ATTENTES DES PARTENAIRES

Parmi les attentes exprimées par les informateurs à l'égard de la Régie régionale, deux ont été exprimées avec plus d'insistance : 1) que la Régie régionale agisse comme chef de file et 2) qu'elle offre un soutien concret.

Un certain nombre d'informateurs s'attendent à ce que la Régie régionale prenne véritablement le leadership en matière d'orientation et de gouverne. Une fois tracées les grandes voies à suivre, ils souhaitent également qu'à l'intérieur de ses programmes et plans d'action, la Régie régionale soit davantage explicite en regard des mandats qu'elle confie et des responsabilités qui incombent à chacune des parties concernées. Aussi, devrait-elle être plus précise quant à la définition des rôles attendus de chacun de ses partenaires et quant aux règles de fonctionnement à suivre.

Les informateurs ont également formulé le souhait que la Régie régionale leur fournisse un soutien instrumental. Celui-ci peut prendre diverses formes allant du simple au complexe: transmission d'information, expertise en matière de contenu, outillage du milieu en matière de concertation, etc. En somme, outre les documents d'orientation, nos partenaires souhaitent recevoir de la Régie régionale une aide pratique qui aurait une incidence immédiate sur leur travail quotidien et qui faciliterait la traduction des documents en actions concrètes.

7.3 L'ÉVALUATION

Nous avons été surpris de constater qu'un des thèmes qui se dégageait spontanément de nos entrevues concerne l'évaluation. En effet, bon nombre de nos interlocuteurs ont mentionné l'importance du rôle que peut jouer l'évaluation dans une saine gestion administrative ainsi que dans l'aide à la prise de décision.

Quant à la façon de faire, une culture doit être développée. Ainsi, on observe à la Régie régionale un grand souci de consulter les partenaires du réseau, particulièrement lorsque vient le moment d'adopter des documents d'orientation et de planification d'envergure. Ces partenaires prennent également une part active au processus même d'élaboration. Mais il en va généralement autrement en matière d'évaluation. Cette dernière est le plus souvent pensée et développée à l'intérieur des murs de la Régie régionale, laissant peu de place à une rétroaction provenant de l'extérieur. Or, certains informateurs clés ont clairement exprimé qu'ils souhaitaient être intimement impliqués dans le processus d'évaluation, qu'il s'agisse du choix des objets à évaluer, des approches à employer ou des indicateurs à retenir. À cet égard, le document *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles* (1997) est très explicite sur la question de la participation des organismes communautaires au processus évaluatif.

Les CLSC et les organismes communautaires étant souvent les premiers concernés et visés par les résultats de l'évaluation, il est hautement désirable qu'au cours des années à venir la Régie régionale travaille à développer avec eux une saine relation de partenariat dans laquelle les rôles et mandats de chaque partie sont clairement définis. Tant que l'évaluation sera perçue par nos partenaires comme une surcharge de travail, une ingérence dans leurs champs d'action, voire une menace à leur autonomie, il y a peu de chances que se développe une telle relation.

8. Le mot de la fin

Les résultats qui se dégagent tant de l'évaluation de l'implantation des voies d'action que de l'évaluation du processus confirment que l'esprit de la politique est bien vivant chez nos partenaires. En effet, les idées de partenariat, de concertation ainsi que de promotion/prévention sont largement endossées par les différents acteurs du milieu. En outre, ceux-ci sont généralement au fait des objectifs dont l'atteinte est visée d'ici l'an 2002.

L'actualisation des voies d'action s'avère cependant parfois difficile, surtout chez nos partenaires hors réseau et même à un certain degré chez ceux du réseau de la santé. Bien que cette situation soit en partie imputable à des facteurs exogènes à notre organisation, on remarque que la contribution de la Régie régionale à l'actualisation de la politique demeure quelque peu mitigée. Afin de pallier à cette situation, la Régie régionale a déjà commencé à s'attaquer à un certain nombre d'irritants qui faisaient obstacle à l'actualisation des voies d'action de la PSBE sur son territoire.

Quant on se tourne vers l'avenir, c'est avec un optimisme prudent que l'on peut envisager l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être fixés par la politique. Les chances de succès pourront cependant s'accroître dans la mesure ou la Régie se préoccupe, dans les années à venir, des doléances et attentes soulevées par quelques-uns de nos partenaires à qui incombe la responsabilité d'actualiser les voies d'action proposées par le PSBE.

Références

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de la santé et du bien-être*, 1992.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Gouvernement du Québec, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Comité ministériel sur l'évaluation. *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles*, 1997.

NUTT, P.C. *Planning Methods for Health and Related Organizations*, New York, John Wiley & Sons, 1984.

PAMPALON, R. *et al. Variations géographiques de la santé*, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 3, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.

PINEAULT, R. et DAVELUY, C. *La planification de la santé*, 2e édition, Montréal, Éditions nouvelles, 1995.

RRSSSM, Direction de la santé publique. *À toute jeunesse. Un partenariat au profit des jeunes de la Montérégie, Programme de promotion/prévention auprès des jeunes de 5-17 ans et de leur famille*, 1998.

RRSSSM, Direction de la santé publique. *Programme régional de santé publique - Montérégie*, 1996.

RRSSSM. *Cadre de référence pour la distribution des nouvelles ressources financières destinées aux priorités régionales découlant de la Politique de la santé et du bien-être*, Mars 1995.

RRSSSM. *Cadre de référence régissant les relations entre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et les organismes communautaires et bénévoles*, Mars 1999.

RRSSSM. *Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux de la Montérégie 1999-2002*, 1999.

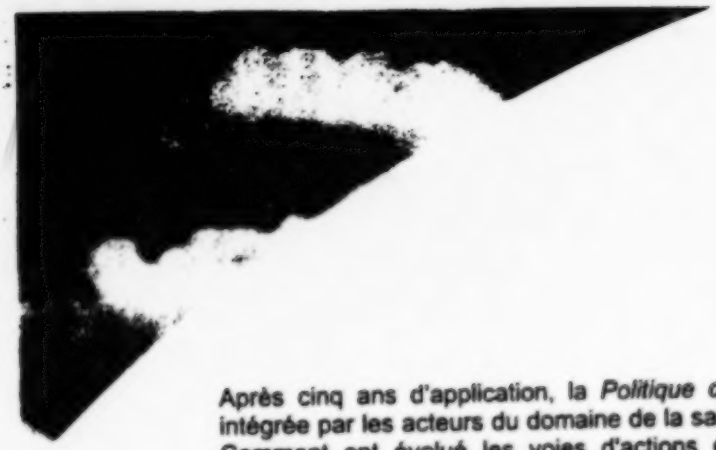
RRSSSM. *Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux de la Montérégie, juin 1997.*

RRSSSM. *Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système « Vers un virage santé et bien-être »*, 1995.

RRSSSM. *Pour être à la hauteur du plan de consolidation 1999-2002*, 1999.

THOMAS, D. *Guide pour l'évaluation des interventions en prévention et en promotion de la santé et du bien-être*, RRSSS de Lanaudière, Direction de la santé publique, 1995.

VERMETTE, G. *Bilan critique des tables sous-régionales et du découpage territorial en sept sous-régions*, RRSSSM, 1998.



Après cinq ans d'application, la *Politique de la santé et du bien-être* a-t-elle été bien intégrée par les acteurs du domaine de la santé et des services sociaux de la Montérégie? Comment ont évolué les voies d'actions qu'elle propose : la promotion/prévention, la concertation, le partenariat et l'intersectorialité? Permettront-elles d'atteindre les 19 objectifs de la politique en Montérégie? Quelle est la contribution de la Régie régionale à cette évolution? Ainsi se résument les préoccupations de ce rapport d'évaluation qui prend le pouls de l'état actuel de l'application de la politique en Montérégie.

Au sein d'un réseau composé de cultures organisationnelles distinctes et de ressources comportant des expertises d'action très variées, de même que marqué par une période de transformation et de restrictions budgétaires, on apprend que la politique fait malgré tout sa place. Aussi, les lecteurs concernés par les objectifs de santé et de bien-être seront vivement intéressés par l'exposé des limites et des conditions qui entrent en jeu dans la poursuite des objectifs de la politique.

Ayant examiné la politique sous différents angles, les évaluateurs sont aujourd'hui en mesure de proposer un document dont les constats, en termes d'efficacité, nous aideront à ajuster les actions pour les années à venir.

La version abrégée du rapport *La politique de la santé et du bien-être à mi-parcours : Sommes-nous sur la bonne voie?* est un document qui mérite d'être lu... pour ajuster le changement!

Jean Beaudry

Sylvie Cantin

MONTÉRÉGIE

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3 Téléphone : (450) 928-6777